

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------|---|--------------------|---|---|---|---|--|
| 申請区分 | 新規 | 更新 | 変更 | 受給者番号 (新規は記入不要) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 受診者 | フリガナ | ヤマガタ タロウ | | | 生年月日 | 大正 昭和 平成・令和 | | | | | |
| | 氏名 | 山形 太郎 | | | | 27年 1月 1日 | | | | | |
| | 個人番号 | ***** | | | (74) 歳 | | | | | | |
| | 住所 | (郵便番号 990-8570) 山形市松波2-8-1 | | | (電話番号 023-611-1111) (日中連絡が取れる電話番号 090-0000-0000) | | | | | | |
| 加入している医療保険 | 保険種別 | 全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 () | | | | | | | | | |
| | 記号・番号・枝番 | 1234567 00 01 | | | 保険者の名称 | 全国健康保険協会山形支部 | | | | | |
| 病名 | パーキンソン病 | | | | | | | | | | |
| 受診を希望する指定医療機関 (病院・診療所、調剤薬局、訪問看護事業所) | 医療機関名 | | | 医療保険情報は、“枝番”がある場合は、枝番も記入してください。 | | | | | | | |
| べにばな県立病院 【臨床個人調査票を記載した医療機関】 | | | 山形市松波1111番地 | | | | | | | | |
| 【要確認】 該当する項目にチェックを記入 | <input checked="" type="checkbox"/> | 受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）が難病の患者に対し、号に掲げる給付（障害年金、遺族年金等）を受けている。 | | | | | | | | | 別添「〈令和8年度〉～更新手続きについて」のP3をご確認ください。 |
| | <input type="checkbox"/> | 受診者の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 満たす者 装置を継続して常時装着する必要がある者 鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 着しく制限されている者 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 高額かつ長期 | | | | | | | | | 月ごとの医療費総額が5万円を超える月が1年間に6回以上ある者 |
| | <input type="checkbox"/> | 軽症高額該当 | | | | | | | | | 症状が軽症で、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が1年間に3回以上ある者 左欄の年月日が申請日から1箇月前の日より前の年月日である理由がある場合はチェックを記入する。 |
| 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 | 記入不要 | | | | | | | | | | |
| 特定医療費の支給認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、上記のとおり申請します。 令和 8年 7月 15日【記入日】 | | | | | | | | | | | |
| 申請者の氏名と住所を記入してください。 | | | 申請者（受診者又はその保護者） 住所 山形市松波2-8-1 氏名 山形 太郎 | | | | | | | | |
| 山形県知事 殿 | | | | | | | | | | | |
| 手続等を委任する場合 | 私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。 | | | | | | | | | | |
| | 受任者 | 申請者（受診者又はその保護者）氏名 山形 太郎 住所（郵便番号 997 - 1392 ）（電話番号 0235 - 22 - 2222 ） 三川町大字横山字袖東19-1 氏名 山形 花子 （受診者との続柄 長女 ） | | | | | | | | | |

備考 1 「申請」
2 特定医療費
1箇月前
始まること
当とされる年月日を記載すること。

書類等を受診者以外に送付する場合は記入してください。

額の基準を満たした日の翌日）又は申請日の
とが可能であるので、「特定医療費の支給を開
始する日等、特定医療費の支給を開始することが適

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------|------|-------|-----------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|------|---|
| 県記入欄 | A生保 | B1低I | B2低II | C1一般I | C2一般II | D上位 | 一次判定 | 一次審査 | | 二次審査 | |
| | 人工呼吸器等装着 | | | | | | | 本人確認者 | 適 | 否 | 適 |
| | 高額かつ長期 | | | | | | <input type="checkbox"/> | | 適 | | |
| | 軽症高額 | | | | | | <input type="checkbox"/> | 軽症高額 | | | |
| 公的年金等収入額(A) | | | | 合計所得金額(B) | | 障害年金等の額(C) | (A)+(B)+(C) | <input type="checkbox"/> | 要審査 | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | 書類添付なし | | | | |

※同じ医療保険に加入している御家族について全員記入してください。

| 氏名及び個人番号 | | 受診者との続柄 | 職業又は就学の状況等 | 生年月日 | 特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は申請の状況 |
|-----------------------|--|---------|------------|--------------------------------------|---|
| ヤマガタ タロウ 山形 太郎 | | 本人 | | T S HR 27年 1月1日 | |
| ヤマガタ ヨシコ 山形 良子 | | 妻 | 無職 | T S HR 30年 2月2日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号: 6543210) 申請中(病名:) |
| ヤマガタ イチロウ 山形 一郎 | | 長男 | 会社員 | T S HR 60年 3月3日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| 個人番号 | | | | T S HR 年 月 日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| 個人番号 | | | | T S HR 年 月 日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| 個人番号 | | | | T S HR 年 月 日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| 個人番号 | | | | T S HR 年 月 日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| 個人番号 | | | | T S HR 年 月 日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| 個人番号 | | | | T S HR 年 月 日 | 認定有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号:) 申請中(病名:) |
| フリガナ | | | | 受診者との続柄 | |
| 氏名 | | | | | |
| 個人番号 | | | | | |
| 住所 (受診者と同じ場合は記入不要) | | (〒 -) | | (電話番号: - -) (日本連絡が通じる電話番号: - -) | |

既にマイナンバーを提出いただいている方は、記入不要です。
提出されていない方のみ記入してください。

該当する事項がある場合は、記入してください。

備考 1 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同一医療保険に加入している者については、()の認定の医療費を○で囲むとともに当該医療費に係る受給者番号を記入してください。また、「認定有」を○で囲むこと。また、「認定有」を○で囲む場合は病名を記入すること。

希望される場合はチェックを記入してください。

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することができます。希望する場合には、右欄にチェックを記入してください。

秘匿を希望する

【臨床調査個人票情報の研究等への利用】
臨床調査個人票情報の研究等への利用(「別添説明書」という)をお読みいただき、

別添「〈令和8年度〉～更新手続きについて」の最終ページをお読みいただき、同意される場合は署名してください。

私は、別添説明書を読み、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

令和 8年 7月 15日【記入日】

受診者又は代理人 氏名 山形 太郎

※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで署名してください。

厚生労働大臣 殿